

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932 - 1933 — N° 121

Travail du Service de M. le Professeur VORON
de la Clinique Obstétricale de la Charité de Lyon

Un cas de mort subite au cours d'un syndrome de vomissements graves de la gestation

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Georges BUREAU

Né le 14 Février 1907, à Suresnes (Seine)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46. Rue de l'Université, 46
Tél. : Parmentier 32-55

LYON

1932

Un cas de mort subite
au cours d'un syndrome
de vomissements graves
de la gestation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932 - 1933 — N° 121

Travail du Service de M. le Professeur VORON

de la Clinique Obstétricale de la Charité de Lyon

Un cas de mort subite au cours d'un syndrome de vomissements graves de la gestation

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Georges BUREAU

Né le 14 Février 1907, à Suresnes (Seine)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
Tél. : Parmentier 32-55

LYON

1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé)
Clinique des maladies des enfants	charge de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	VILLARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	LERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	PATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon.)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	GUILLEMINET
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
SANTY	MARTIN (J.)	CHAMBON	REVOI (Ch.)
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	ENSELME (Ch.)
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	SEDALLIAN (Ch.).
DUMAS	GATE		

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. VORON, *Président* ; RHENTER, *Assesseur*

MM. WERTHEIMER et EPARVIER, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

En témoignage de ma profond
de reconnaissance.

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES SŒURS

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR FRANÇOIS SIMON

Chevalier de la Légion d'honneur
Médaille militaire

A MA BELLE-SŒUR

MADAME FRANÇOIS SIMON

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique obstétricale

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Ce travail est un faible témoignage de notre profonde gratitude pour les leçons qu'il nous a prodiguées avec tant de dévouement au cours de son enseignement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET

Accoucheur des Hôpitaux

Qui nous a reçu avec grande
bienveillance, hommage de no-
tre vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSILLON

Chef de Laboratoire de la Clinique obstétricale

Nous lui exprimons ici notre
reconnaissance respectueuse et
inaltérable pour l'aide précieuse
qu'il nous a apportée dans ce
travail.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AVANT-PROPOS

Le travail que nous présentons à l'appréciation de nos Juges nous a été inspiré à la clinique obstétricale de la Charité de Lyon.

La grande bienveillance qui présida à l'enseignement fructueux que nous y reçûmes lors de notre stage, nous incita à choisir, pour notre thèse de Doctorat, un sujet d'obstétrique.

Une seule Observation inédite, d'un cas de mort subite dans un syndrome de vomissements graves de la gestation nous en a fourni l'occasion.

Dans cette brève relation, nous ne reviendrons pas sur l'étude détaillée de la question des vomissements dits incoercibles qui a fait l'objet de nombreux travaux antérieurs et dernièrement des thèses de Salucki et André, en 1930 et 1931.

Nous commenterons simplement un fait digne d'intérêt, croyons-nous, par sa valeur éducatrice pour l'avenir.

INTRODUCTION

Les vomissements graves de la grossesse, depuis le tableau clinique qu'en a tracé Paul Dubois, en 1848, comportent classiquement trois phases :

Amaigrissement, accélération du pouls, troubles nerveux, tel est l'ordre chronologique des phénomènes observés.

Nous n'avons pas l'intention, à propos de l'Observation que nous rapportons, de revenir sur la caractéristique et la pathogénie imprécises de cette affection.

Nous tenons seulement à faire remarquer que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, pour lesquels une thérapeutique médicamenteuse, et la psychothérapie précocement appliquées permettraient la rétrocession rapide de ce syndrome, quelques cas peu fréquents, sont susceptibles de déterminer rapidement la mort de la malade.

Notre Observation confirme cette manière de voir puisque, en l'occurrence, l'histoire de la malade que nous rapportons, s'est terminée par un décès.

Nous verrons, d'autre part, dans notre cas, que l'on peut assister à une mort très rapide et par cela même inattendue, survenant bien avant la troisième période dans laquelle les troubles nerveux dominent la scène.

Cette affection hyperémétisante, fatale quelquefois, qui frappe les femmes en état de gestation, a vivement préoccupé les accoucheurs.

De nombreuses recherches ont été entreprises afin de mettre tout en œuvre pour parer à une évolution aussi désastreuse pour la mère que pour l'enfant.

A côté des symptômes cliniques : intensité des vomissements, accélération du pouls, ictère, oligurie, etc..., qui fournissent des renseignements précieux et indiscutables, il convient d'assigner aux recherches de laboratoire la place importante qui leur revient.

Ces recherches biochimiques comportent le dosage de l'urée dans le sang, et dans l'urine, celui de l'acétone et de l'acide β -oxybutyrique dont la présence témoigne d'un état d'acidose avancé et d'une déficience des fonctions de l'équilibre acide-base.

Le coefficient de Maillard dont l'importance dans les vomissements graves, fut soulignée par les travaux de MM. Voron et Pigeaud, est maintenant fréquemment recherché (*thèses* de Salucki et André).

En effet, chez toutes les malades qui succombent, on est frappé par une insuffisance pluriglandulaire à prédominance hépatique. Tout se passe comme si, suivant en cela l'opinion de Bar, la toxémie évoluait en deux phases ;

1° Une phase primitive dont le point de départ est l'œuf, et la toxine en cause analogue au poison éclamptique. Les caractéristiques et la genèse de cette première atteinte sont imparfaitement connues.

2° Une phase secondaire dans laquelle les organes de filtration et d'élimination (foie en première ligne) peuvent arriver à être touchés d'une façon définitive et rester alors au-dessous de leur tâche.

La mort de ces malades peut survenir de différentes manières, soit comme l'aboutissant d'un syndrome progressif évoluant suivant un processus sensiblement classique ; soit brutalement et d'une façon inattendue, rappelant le coma urémique.

L'Observation que nous rapportons et qui est due à l'obligeance du Docteur Gonnet, accoucheur des hôpitaux, cadre bien avec ce dernier cas. Elle présente toutefois certains points particuliers, sur lesquels nous reviendrons en les commentant.

Une Observation de MM. Voron et Pigeaud est à rapprocher, dans une certaine mesure, de la nôtre (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et le Gynécologie*, Séance du 6 mai 1929, à Lyon). On peut y noter que la malade avait présenté rapidement une régression marquée des vomissements. Toutefois, l'amaigrissement était intense, à part une légère augmentation de poids au cours des derniers jours. La malade, surveillée pendant plus d'un mois, n'avait jamais eu un pouls supérieur à 100. La diurèse avait toujours été satisfaisante. Ici donc, les symptômes, accélération du pouls et oligurie, étaient absents ; par contre,

le taux de l'acétonurie et le coefficient de Maillard n'avaient pas cessé d'être élevés.

A l'heure actuelle, avec l'expérience que l'on a de la question, ces constatations auraient peut-être permis d'envisager une interruption précoce de la grossesse.

A côté des formes plus ou moins typiques, on peut rapprocher certaines manifestations émétisantes exagérées survenant chez des femmes présentant une grossesse plus avancée (cas de MM. Rhenter et Pigeaud, *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, du 7 mai 1925, dans lequel on avait affaire à une grossesse de 7 mois), ou même au début de la gestation (cas de MM. Gonnet et Reboud, *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, du 5 mai 1927).

Chez ces malades, l'examen du sang et de l'urine montrait un défaut prononcé de l'élimination de l'urée et une acétonurie marquée. Cette acétonurie semble ne provenir qu'en faible partie de l'état d'inanition, comme paraissent le démontrer les deux Observations de forme floride de MM. Gonnet et Reboud. La présence des corps cétoniques dans l'urine serait plutôt liée à l'insuffisance hépatique.

Ainsi donc, comme le faisait remarquer M. Rhenter à la séance de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du 5 mai 1927, on assistait bien à un syndrome où dominait avant tout la toxémie gravidique et ne rentrant dans le cadre des vomissements fœtus incoercibles que par un symptôme extérieur.

Il convient, en conséquence, de prêter une attention particulière à toutes les malades qui ne présenteront pas le syndrome typique d'hyperémésis. Ces cas

aberrants nécessiteront plus spécialement des recherches rapides et précises de laboratoire, qui, seules, en permettant d'établir un pronostic immédiat dicteront la conduite à tenir.

Il sera très utile, d'après les résultats obtenus, d'établir une courbe représentant la variation des indices biochimiques (*thèse* d'André). Ce n'est pas, en effet, la valeur intrinsèque du taux de l'urée, de l'acétone et du coefficient de Maillard qui guidera le praticien, mais bien sa variation dans un sens ou dans l'autre. Il n'est pas douteux, d'ailleurs, qu'un chiffre particulièrement élevé et dépassant notablement une limite arbitraire, commanderait immédiatement l'avortement thérapeutique, bien qu'il ne soit pas certain que ce procédé de dernière analyse amène à coup sûr la sédation de phénomènes pathologiques en pleine évolution.

L'on sait, en effet, depuis déjà longtemps, que l'interruption de la grossesse doit être pratiquée avant la période ultime des vomissements graves, époque à laquelle toute intervention est, en général, inopérante.

CHAPITRE PREMIER

Observation

(Prise in extenso à la Clinique obstétricale de l'Hôtel-Dieu, dans le service du Docteur GONNET.)

M^{me} M..., 26 ans.

Adressée à l'Hôtel-Dieu le 30 septembre 1932 par le Docteur Bartoli avec le diagnostic probable d'affection chirurgicale aiguë. La malade accuse en effet un retard de règles de deux mois, des vomissements fréquents, une douleur localisée dans la fosse iliaque droite et peut-être une réaction péritonéale.

Antécédents personnels ; aucun particulièrement digne d'être noté. Réglée à 12 ans ; a toujours souffert au moment des époques ; mariée en 1926, elle n'a pas eu d'enfants ni de fausses couches. Mari bien portant.

Antécédents héréditaires : parents de santé normale.

Les dernières règles datent du 6 août 1932 ; elle a présenté les signes habituels de grossesse : gonflement et picotement des seins, ligne brune abdominale, etc.

À l'entrée, la température est de 37°3 et le pouls bat à 90 pulsations. Le chirurgien de garde ne juge pas à propos d'intervenir d'urgence et la malade est dirigée dans le service du Docteur Cotte, salle Saint-Paul.

Le Docteur Pollosson examine la malade le 1^{er} octobre. Il ne trouve ni signes appendiculaires précis ni signes de grossesse extra-utérine. On perçoit bien une petite masse latéro-utérine douloureuse à droite, mais l'utérus est de volume correspondant à l'âge de la grossesse. Il s'agit vraisemblablement d'un ovaire prolabé.

Les vomissements se reproduisent très espacés ; l'état général est resté bon, quoique la malade soit un peu agitée. Il existe un léger disque d'albumine ; on ne trouve pas de sucre.

Les symptômes s'amendent progressivement, et, le 12 octobre, à l'examen, le Docteur Gonnet ne trouve plus trace des signes antérieurs, si ce n'est un point douloureux voisin du point de Mac Burney, sans réaction péritonéale.

L'examen révèle à ce moment les points suivants : utérus gravide de deux mois et demi ; les annexes ne sont pas perçues. Il n'y a jamais eu de fièvre ; les vomissements ont à peu près disparu.

En raison de l'état un peu trouble des urines qui laissent un petit dépôt, vraisemblablement purulent, on hésite sur le diagnostic de pyélo-néphrite, et la malade est traitée comme telle pendant une semaine. Ce diagnostic paraît encore confirmé par la disparition de l'albumine et du trouble urinaire sous l'influence du traitement.

A ce moment, 20 octobre, la malade est autorisée à quitter le service pour se reposer chez elle. Elle ne vomit plus du tout.

Moins de 24 heures plus tard, elle est ramenée d'urgence pour réapparition des vomissements qui redoublent de fréquence et d'abondance. Le point douloureux iliaque est particulièrement vif. Elle accuse également de l'insomnie et un état d'agitation assez anormal.

On institue un régime purement hydrique : eau sucrée et tisanes, mais on note une intolérance complète, même pour le lait.

Administration de chloral à doses croissantes et par voie rectale, la seule qui soit tolérée.

Le 21 octobre.....	3 grammes
22 —	4 —
23 —	4 —
24 —	4 —
25 —	7 —

par doses fractionnées.

La malade ne retrouve le calme que sous l'effet du chloral, et encore pendant peu de temps.

L'examen est toujours négatif, sauf en ce qui concerne le point de Mac Burney qui est toujours douloureux, mais sans réaction péritonéale. Une hyperesthésie abdominale déclenche des cris à la moindre pression. On place une vessie de glace sur le ventre pendant 24 heures, sans aucun résultat.

Le 23 et le 24 octobre, on donne, per os, cinquante gouttes de teinture de belladone, également sans effet.

Le 24, les vomissements deviennent véritablement incessants. La moindre gorgée de liquide est immédiatement rejetée ; de plus, l'agitation est vive dès que la femme n'est plus sous l'influence du chloral.

Le 25 octobre, on remarque, au lit de la malade, l'odeur de l'acétone qui éveille justement des craintes, et on pratique un prélèvement des urines pour le dosage des corps cétoniques et du coefficient de Maillard, et du sang pour le dosage de l'urée sanguine. Le pouls est à 104.

Le 25 octobre au soir, à 18 heures, les vomissements ne diminuent pas malgré les sédatifs, et, en raison de l'acétonémie probable, on fait une injection intraveineuse de sérum bicarbonaté isotonique (250 cc.). Le pouls est à 110.

La malade, qui a reçu dans la journée 7 grammes de chloral par voie rectale, devient calme, et le 26 octobre, à 0 heure 25, elle dort d'un sommeil paisible.

Le 26, à 5 heures du matin, la veilleuse s'aperçoit que la malade a succombé brusquement, sans signes organiques.

Résultats de Laboratoire

(PHARMACIE DE L'HOTEL-DIEU)

Prélèvement du 25 octobre :

Grosse quantité d'acétone ;
Présence d'acide diacétique ;
Coefficient de Maillard = 39 ;
Urée du sang = 0 gr. 27 0/00.

Autopsie du 27 octobre 1932 :

Absolument négative au point de vue macroscopique ;
Poumons et cœur normaux ;
Foie de consistance et d'aspect normal ;
Rate de 180 grammes ;
Reins très congestifs.

Appareil génital :

Utérus, du volume d'une orange, renfermant un œuf normal avec fœtus de 10 centimètres ; sans lésion placentaire ;
Annexes absolument saines.

Appendice iléo-cæcal :

Absolument intact.

Résultats de l'examen histopathologique

(Effectué au Laboratoire d'Anatomie pathologique)

Le *pancréas* ne montre aucune lésion scléreuse, aucune lésion inflammatoire abondante. Les lésions cadavériques empêchent toute analyse cytologique.

La *rate* ne montre pas de lésions importante, elle n'est pas inflammatoire, et la pigmentation ferrugineuse n'est pas particulièrement marquée.

Le *rein* ne présente pas de lésions de néphrite chronique ou de lésions inflammatoires aiguës récentes. Il est impossible de faire une étude précise des éléments tubulaires.

Le *foie* ne présente pas de lésions de sclérose ni d'hépatite interstitielle marquée, mais on est frappé de suite par la surcharge pigmentaire que présentent les cellules hépatiques elles-mêmes, et qui contraste avec l'intégrité apparente des cellules de Kupfer, qui ne contiennent pas d'inclusion analogue. Il s'agit, au niveau des cellules hépatiques, de grains bruns que l'on peut interpréter soit comme des pigments d'origine ferrique, soit comme des formations de nature biliaire ; mais il faudrait des examens histo-chimiques pour préciser la nature de cette surcharge cellulaire, qui représente le seul point intéressant des lésions constatées dans les différents organes.

CHAPITRE DEUXIÈME

Commentaires

L'Observation que nous venons de rapporter en détail, est digne d'intérêt à plusieurs points de vue. En premier lieu, ce ne sont pas les vomissements qui ont tout d'abord attiré l'attention du médecin traitant, mais bien un symptôme douloureux local, de la fosse iliaque droite, s'accompagnant de vomissements et survenant chez une femme enceinte d'environ deux mois et demi.

Chez cette malade, plusieurs examens pratiqués tant dans un service de chirurgie qu'à la Maternité de l'Hôtel Dieu, n'ont révélé aucun signe clinique d'appendicite ou de grossesse extra-utérine.

Nous pouvons même dire, par anticipation, que ces diagnostics d'élimination ont été nettement confirmés au cours de l'examen nécropsique.

On pose donc le diagnostic de grossesse normale intra-utérine de deux mois et demi avec signes cliniques douloureux anormaux et s'accompagnant de quelques vomissements qui peuvent être aussi bien

mis sur le compte d'un syndrome surajouté que sur le compte de la gestation elle-même. De plus, cette malade présentait des urines troubles avec dépôt purulent et un léger disque d'albumine qui amènent à envisager un certain degré de colibacillose, avec poussée de pyélonéphrite. Cette hypothèse paraît confirmée par la disparition de ces derniers symptômes sous l'influence d'un régime et d'un traitement appropriés.

A cette époque, après dix-huit jours d'observation dans le service de la Maternité de l'Hôtel Dieu, la malade ne présente plus de vomissements. Son état général s'est amélioré à un point tel, qu'elle est autorisée à rentrer chez elle.

Moins de vingt-quatre heures après on assiste à son retour dans le service et, cette fois, elle présente des vomissements presque incessants et très abondants, entraînant une intolérance complète pour toute alimentation même liquide. Elle accuse, en même temps, un point douloureux iliaque, droit, particulièrement intense, avec une hyperesthésie abdominale très prononcée, rendant toute palpation presque impossible. A ce moment on institue la méthode d'Henrotay, c'est-à-dire la mise en œuvre de lavements de chloral ayant pour but de plonger la malade dans un demi-sommeil chloralique favorable à une reprise alimentaire possible.

Cette thérapeutique est sans effet. Les recherches de laboratoire, alors pratiquées, révèlent un taux d'urée sanguine normal, mais une présence notable d'acétone et d'acide diacétique dans les urines.

Le coefficient de Maillard est très élevé, à 39. L'indication d'une interruption de la grossesse est alors envisagée mais la malade succombe avant que l'on puisse mettre cette thérapeutique en action.

A noter que le pouls était rapide à ce moment (104) et que quelques heures avant la terminaison fatale, on avait pratiqué une injection intraveineuse de sérum bicarbonaté isotomique en raison de l'acétonémie marquée.

L'autopsie pratiquée permit de constater que cette malade ne présentait rien au point de vue appendiculaire, rien non plus au point de vue annexiel. Elle offrait une grossesse, d'environ trois mois, absolument normale.

Que peut-on penser de cette situation ? Tout d'abord il paraît difficile d'expliquer les douleurs abdominales très vives ressenties par la malade et qui dominaient la scène clinique du début de l'affection, les vomissements restant à l'arrière-plan.

L'hypothèse d'une crise appendiculaire, d'une torsion annexielle, d'un élément gynécologique surajouté, sont à éliminer à la suite des constatations nécropsiques.

Par contre, les urines purulentes, les douleurs abdominales sans localisation précise, laissent supposer que cette malade a présenté un certain degré d'infection colibacillaire qui explique partiellement l'ensemble du syndrome offert par elle. De plus, l'examen anatomo-pathologique des différents viscères semble révéler des points dignes de remarque.

Il est à regretter tout d'abord que la putréfaction

survenue du fait des vingt-quatre heures d'attente avant toute vérification nécropsique, n'ait pas permis l'examen minutieux du foie. L'examen histologique de cet organe montrait l'extrême surcharge en pigments des travées cellulaires des lobules hépatiques, laissant penser que le foie de cette femme présentait un état de déficience considérable, analogue à celui des sujets atteints de paludisme aiguë.

On peut alors supposer que chez notre malade, trois éléments doivent être à considérer.

En premier lieu, la gestation qui détermine d'une façon certaine, depuis les travaux de Bar, Bouffe de Saint-Blaise et autres, un surmenage hépatique bien toléré chez la plupart des gestantes et qui, dans certains cas, peut prédisposer aux accidents.

En second lieu, un état intestinal avec réaction sur les voies d'excrétion de l'urine : bassinet, uretère, vessie. Cet état pouvait parfaitement aggraver une situation de moindre résistance générale présentée par la malade dans notre Observation.

Enfin, en dernier lieu, conformément aux idées soutenues par Bar et Daunay, en présence d'une toxémie gravidique primitive dont le point de départ réside bien dans l'œuf greffé sur l'utérus, se déclenche à un moment donné une toxémie secondaire, liée à une déficience aiguë pluriglandulaire mais à prédominance hépatique.

Ce point est confirmé par l'élévation anormale et persistance du taux d'imperfection uréogénique, révélée par un coefficient de Maillard, particulièrement élevé. Ce dernier test joint à la constatation d'une

acidose plus ou moins marquée témoigne que l'organisme est alors submergé par l'élément toxémique, que cet élément soit primitif ou secondaire. Il autorise d'envisager, à ce moment, l'indication d'une interruption de la gestation. Il ne faut pas, en effet, attendre trop longtemps en présence de semblables constatations car l'avortement thérapeutique risquerait d'être inopérant.

Notre Observation confirme pleinement les idées que défendent notre Maître, M. le Professeur Voron, et ses collaborateurs, et démontre, une fois de plus, qu'en présence de vomissements incoercibles du début de la grossesse ou de tout autre élément clinique permettant de supposer une atteinte profonde des organes régularisant le métabolisme général et en particulier du parenchyme hépatique, les recherches qui sanctionnent cet état de choses, doivent être mises en œuvre pour le confirmer.

Sans exclure la valeur considérable des constatations purement cliniques, ces recherches les corroborent d'une façon importante, justifiant une thérapeutique précoce qui peut paraître d'abord disproportionnée avec l'état apparent de la femme et qui pourrait, dans un certain nombre de cas sauver les malades, soit que celles-ci succombent brusquement, soit qu'elles arrivent à présenter rapidement un état tel que toute thérapeutique n'ait plus aucun effet.

CONCLUSIONS

Les différentes constatations qui résultent de l'Observation que nous avons rapporté, nous autorisent à conclure que :

I. — Les vomissements graves observés au début de la gestation peuvent, dans certains cas, résister à toute thérapeutique médicamenteuse, ainsi qu'à la psychothérapie.

II. — Le pronostic de cette affection est difficile à déterminer. Cependant, il importe de le préciser avant que la toxémie ait atteint un degré tel que même l'interruption de la grossesse ne permette pas le relèvement de l'état général.

III. — L'étude de notre Observation confirme également que les vomissements incoercibles graves et mortels, comme dans le cas qui vient d'être rapporté, peuvent présenter des allures cliniques très différen-

tes. C'est ainsi que notre malade a surtout attiré l'attention sur un syndrome douloureux abdominal droit, qui ne correspondait pas à une lésion organique objective, ainsi que l'autopsie a permis de le vérifier.

IV. — L'Observation clinique rigoureuse conserve toute sa valeur, mais les tests de laboratoire, et en particulier le coefficient de Maillard, présentent une valeur incontestable dans l'établissement du pronostic de cette affection.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

Pour le Recteur et par délégation :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
KLEINCLAUSZ.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Sur l'acidose et imperfection uréogénique.
— *C. R. Soc. de Biologie*, 1912.
- ANDRÉ. — Thèse, 1931.
- AUBERTIN. — Procédés de recherches de l'insuffisance
hépatique. — *Gazette des Hôpitaux*, mai, 1922.
- BAUDE. — Exploration fonctionnelle du foie par les
épreuves d'élimination provoquée. *Thèse de Paris*, 1913-14.
- BLAIN (A.). — Le pouls dans la puerpéralité. — *Thèse
de Paris*, 1907-1908.
- BUÉ ET BEGHIN. — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 1928,
page 619.
- COUINAUD ET CLOGNE. — Contribution à l'étude de la
fonction hépatique au cours de la grossesse.
— *Gyn. et Obst.*, mai 1923.
- DEVRAIGNE (L.). — Contribution à l'étude du sang dans
les vomissements incoercibles de la grossesse. —
L'Obstétrique, mai 1909.
— *Thèse de Paris*, 1905-1906.
- FABRE. — *Précis d'Obstétrique*, t. II, 1929.
- FIESSINGER ET CLOGNE. — La fonction du foie dans le
métabolisme protéique. — *Journal Méd. Française*, février 1922.

- FERRU (M.). — L'ictère dans les vomissements graves de la grossesse. — *Thèse de Paris*, 1925.
- GAUTHIER. — Les principaux procédés de recherche d'insuffisance hépatique. — *Revue Méd. Suisse romande*, 1918.
- LABBÉ (M.). — Insuffisance hépatique et acidose. — *Journal Méd. Française*, février 1922.
- LANZENBERG. — Urée et ammonique. Coefficient d'acidose. — *Thèse de Paris*, 1911-1912.
- LE LORIER. — L'urodiagnostic et l'uropronostic des vomissements graves de la grossesse par le perchlorure de fer. — *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, 1922, p. 334.
— *Bull. Soc. Biol.*, mars 1912.
— *Leçons de la clinique Tarnier*, 1924.
- MAILLARD. — Signification actuelle et technique de détermination du coefficient d'imperfection uréogénique. — *C. R. Soc. Biol.*, décembre 1911 et 22 novembre 1912.
- PAILLARD. — Quelques épreuves destinées à déceler l'insuffisance hépatique. — *Journal Méd. Française*, février 1922.
- PIGEAUD (H.), BROCHIER (A.), FOUILLOUZE (C.). — Le fonctionnement du foie chez la femme enceinte normale. — *Revue médico-chirurgicale des maladies du foie*, sept. 1929, p. 418.
- ROCH ET SCHIFF. — L'épreuve du salicylate pour la recherche de l'insuffisance hépatique. — *XV^e Congrès français de Méd.*, octobre 1921.
- SAVY ET VELLUZ. — Valeur du coefficient de Maillard-Lauzenberg dans le diagnostic des affections hépatiques. — *Journ. de Méd. de Lyon*, 1926, p. 361.

VORON. — Réflexion sur un cas de vomissements incoercibles. — *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1914.

VORON ET PIGEAUD. — Etude des éléments de pronostic dans les vomissements graves de la grossesse. — *Journ. de Méd. de Lyon*, 1930.

— *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1929, p. 549.

— *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1929, p. 497.

— *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1930, p. 272.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE PREMIER. — Observation	21
CHAPITRE II. — Commentaires	27
CONCLUSIONS	33
BIBLIOGRAPHIE	35
